

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon BLIAH

Né le 20 Mai 1911, à TLEMCEN (Algérie)

Contribution à l'étude
des scissurites de la petite scissure droite
chez l'enfant

Président : BAUDOUIN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon BLIAH

Né le 20 Mai 1911, à TLEMCEN (Algérie)

Contribution à l'étude
des scissurites de la petite scissure droite
chez l'enfant

Président : BAUDOUIN, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....

Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....

Clinique médicale	
-------------------	-------

Hygiène et clinique de la première enfance	.....
Clinique des maladies des enfants	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....

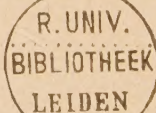
Clinique chirurgicale	
-----------------------	-------

Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....

Clinique d'accouchements	
--------------------------	-------

Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire



II. — Agrégés en exercice

MM.		
AMELINE	.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	.....	Pathologie médicale.
BENARD Henri	.....	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	.....	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	.....	Hydrologie.
BOULIN	.....	Pathologie médicale
BULLIARD	.....	Histologie.
CATHALA	.....	Pathologie médicale.
COSTE	.....	Pathologie médicale
CHEVALLIER	.....	Pathologie médicale.
DOGNON	.....	Physique
FUNCK	.....	
BENTANO	.....	Pathologie chirurgicale.
FEY	.....	Urologie.
GAILLARD	.....	Parasitologie.
GASTINEL	.....	Bactériologie.

MM.		
DE GAUDART	.....	
D'ALLAINES	.....	Pathologie chirurgicale
GAYET	.....	Physiologie.
DE GENNES	.....	Pathologie médicale.
GIROUD	.....	Histologie.
HAGUENAU	.....	Pathologie médicale
HALPHEN	.....	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	.....	Anatomie pathologique
JOANNON	.....	Hygiène.
LACOMME	.....	Obstétrique.
LANTUEJOUL	.....	Obstétrique
LAROCHE Guy.	.....	Pathologie médicale
LAVIER	.....	Parasitologie.
LELONG	.....	Pathologie médicale

MM.	
ROUVIERE.	
LÉON BINET.	
STROHL.	
POLONOVSKI.	
Robert DEBRE	
BRUMPT.	
BAUDOUIN.	
ADRAMI.	
MONDOR.	
LEROUX.	
CHAMPY.	
TIFFENEAU	
HARVIER.	
TANON.	
BALTHAZARD	
LAIGNEL-	
LAVASTINE	
FIESSINGER.	
CHIRAY.	
LOEPER.	
CARNOT.	
Marcel LABBE	
CLERC.	
LEREBOUILLET	
NOBECOURT.	
H. CLAUDE.	
COUGEROT.	
GUILLAIN.	
LEMIERRE.	
CUNEO.	
GOSSET.	
GREGOIRE.	
LENORMANT.	
TERRIEN.	
CHEVASSU.	
LEVY-SOLAL.	
COUVELAIRE.	
JEANNIN.	
MOCQUOT.	
OMBREDANNE	
OMBREY.	
LEMAITRE.	
Pierre DUVAL	
VILLARET.	
TROISIER	
MATHIEU.	
Clovis VINCENT.	
LAUBRY.	
N...	
HAZARD.	
HOVELACQUE	
MULON.	
OLIVIER.	
SANNIE.	
VERNE.	

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexé à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR- VAL
 LERY-RADOT..
 SEZARY
 } Clinique médicale

MM.
 BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE ..
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON VENERE GRAND-PERE PATERNEL

Dont le souvenir nous a constamment guidé et soutenu au cours de nos études.

In memoriam.

A MA MERE

A MON PERE

A qui je dois tout.

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON FRERE MARCEL

Avec toute mon affection et ma gratitude.

A MON FRERE GABRIEL

Licencié en Droit

Fidèle compagnon de nos études.

A MES SŒURS CECILE ET JOSEPHINE

ET A LEURS ENFANTS

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN
*Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur*

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. FILLIOL
*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux du Havre*

Nous le remercions d'un double honneur : celui d'avoir été accueilli dans son service et celui de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, en nous aidant de ses précieux conseils au cours de son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DU HAVRE

Internat :

HÔPITAL PASTEUR :

MONSIEUR LE DOCTEUR TESTARD

HÔPITAL GÉNÉRAL :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. GAUCHET

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGEZ

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUVAL

MONSIEUR LE DOCTEUR L. FILLIOL

MONSIEUR LE DOCTEUR M. GAMBILLARD

MONSIEUR LE DOCTEUR R. STEMPOWSKI

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. MEURDRAC

*Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de la Santé Publique*

Qui a guidé nos premiers pas en
médecine.

Hommage de profonde reconnais-
sance.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Contribution à l'étude des scissurites de la petite scissure droite chez l'enfant

INTRODUCTION ET PLAN

Nous avons eu l'occasion d'observer avec notre Maître, M. le Docteur FILLIOL, au dispensaire municipal de la ville du Havre, dont il fut le Médecin Chef, un certain nombre de cas de scissurites localisées à la petite scissure droite (1), la plupart chez des enfants de 2 à 12 ans.. Nous tenons à préciser dès ici, que ces enfants, en surveillance au dispensaire, ont pu être suivis pendant une longue durée, et même pour certains pendant plusieurs années, ce qui nous a permis une étude assez approfondie.

Nous avons cru intéressant à ce propos de reprendre l'étude de cette affection en cherchant à lui attribuer une individualité pathogénique et clinique.

L'intérêt de notre étude résidera dans les particularités suivantes :

a) La présence d'un syndrome radiologique spécial que nous avons constamment observé.

(1) Scissure dite classiquement horizontale.

b) La place de l'affection dans le cadre général de la tuberculose médicale de l'enfance.

c) Son pronostic.

Après avoir exposé nos observations toutes personnelles et empruntées au dispensaire, nous diviserons notre étude en différents chapitres.

Chapitre I. — Rappel anatomique et topographique des scissures; leurs anomalies.

Chapitre II. — Etude clinique; évolution.

Chapitre III. — Etude radiologique.

Chapitre IV. — Etiologie et pathogénie.

Chapitre V. — Conclusions.

Qu'il nous soit permis de remercier notre Maître, M. le Docteur FILLIOL, pour tous les conseils judicieux qu'il nous a largement prodigués au cours de l'élaboration de notre modeste travail, et pour l'intérêt qu'il nous a témoigné, tant dans son Service à l'Hôpital Général du Havre, qu'au Dispensaire Municipal.

Nos remerciements vont également à l'aimable infirmière chef du dispensaire ainsi qu'à toutes les infirmières visiteuses dont la collaboration nous fut précieuse.

32 OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION N° 1

D. Liliane, 7 ans, aucun antécédent bacillaire, n'a pas eu de B.C.G.

Vient de faire successivement bronchite, ictère et rubéole; fatigue au moindre effort.

PREMIER EXAMEN, 10 février 1937, poids 16 kg. 600.

A l'examen radioscopique : exagération des ombres vasculo-bronchiques, et grisaille le long du bord droit du cœur.

En oblique antérieure droite : une ombre opaque, oblique en bas et en avant, indique un épaississement de la partie inférieure de la scissure.

Première cuti-réaction : *négative.*

Revu le 7 juillet 1937. *Graphie* : même aspect.

le 25 août 1937, 29 septembre 1937, 5 octobre 1938.

Pas de signes stéthoscopiques, va bien, a fait un séjour à la campagne dans le Calvados. Le poids est passé de 16,600 à 21,700.

Deuxième, troisième et quatrième cuti-réactions : *négatives.*

Le 5 octobre 1938, la petite malade vient de faire une rougeole en mai 1938. *Champs normaux à la scopie.*

OBSERVATION N° 2

L. Louise, 11 ans. Aucun antécédent bacillaire, n'a pas eu de B.C.G.

Pleurésie droite ponctionnée à 5 ans.

Etat général habituel : médiocre.

A toujours toussé.

En janvier 1934 : rougeole suivie de broncho-pneumonie le mois suivant.

PREMIER EXAMEN : 5 juin 1935. Poids 26,800, légères sibilances dans l'espace omo-vertébral gauche.

Normal à la scopie.

Première cuti-réaction : négative.

Revu : le 24 juin 1936. Poids 31,500.

A la scopie, à droite : il existe une plage diminuée de transparence contre le bord droit du cœur.

En oblique antérieure droite : cette plage correspond à une bande opaque, oblique en bas et en avant, suivant le trajet de la scissure inférieure. Le reste des champs est clair.

Le 30 septembre 1938 : Poids : 40,900.

N'a pas toussé cette année.

Pas de signes stéthoscopiques.

Deuxième cuti-réaction négative.

Normal à la scopie.

OBSERVATION N° 3

L. Adrienne : 8 ans et demi.

Aucun antécédent bacillaire. N'a pas eu de B.C.G.

En novembre 1936 : pneumonie gauche. Rougeole et coqueluche.

En juillet 1938 : pneumonie droite.

PREMIER EXAMEN : 17 août 1938. Poids 26,500.

A la scopie : à droite : zone diminuée de transparence, triangulaire, contre le bord droit du cœur.

En O.A.D. : cette ombre apparaît comme une bande oblique en bas et en avant suivant le trajet scissural.

Première cuti-réaction : négative.

Revu : 12 octobre 1938. Poids 28,500.

Toux grasse, pas de signes stéthoscopiques.

Graphie : à droite. — Il existe une bande opaque à l'union des lobes moyen et inférieur. Légère adénopathie hilare.

A gauche : faisceaux vasculo-bronchiques accentués contre le bord du cœur.

Deuxième cuti-réaction négative.

OBSERVATION N° 4

G. Marc : 7 ans. Aucun antécédent bacillaire, n'a pas eu de B.C.G.

PREMIER EXAMEN : 19 mai 1937. Il y a trois semaines a eu les oreillons. Tousse. Etat général habituel : médiocre.

A la scopie : à droite, il existe une zone opaque contre le bord droit du cœur, *en O. A. D.*, la limite inférieure de cette zone est nette, oblique en bas et en avant.

Première cuti-réaction négative. Poids : 19,700.

Revu : le 3 novembre 1938. Poids : 23,600. *La deuxième cuti-réaction reste négative.*

Même image à la scopie.

OBSERVATION N° 5

F. Jacques, 5 ans. Aucun antécédent bacillaire, n'a pas eu de B.C.G.

Premier examen : 30 mars 1938. Poids : 15,400.

A la scopie : à droite : il existe une opacité triangulaire contre le bord du cœur. Le reste des champs s'éclaire bien.

Première cuti-réaction négative.

Revu le 7 novembre 1938. La même image persiste.

Deuxième cuti-réaction négative. Poids : 17,400.

OBSERVATION N° 6

G. Odette : 8 ans. Aucun antécédent bacillaire, n'a pas eu de B.C.G.

PREMIER EXAMEN : 17 février 1937. En novembre 36 : forte coqueluche ayant nécessité l'hospitalisation. Vient en vue d'un placement en préventorium. Tousse encore un peu. Mauvais état général.

A la scopie : zone d'opacité contre le bord droit du cœur.

En O.A.D. : cette opacité présente une limite inférieure nette, oblique en bas et en avant.

Première cuti-réaction négative. Poids 24 kilogs..

Revu : 3 octobre 1938.

A la scopie : image thoracique normale.

Deuxième cuti-réaction négative. Poids : 35 kg.

OBSERVATION N° 7

L. B. Jeannine : 4 ans et demi. Pas d'antécédents bacillaires connus, n'a pas eu de B. C. G.

PREMIER EXAMEN : 9 avril 1937. Poids : 13,400.

Première cuti-réaction négative.

A la scopie : à droite : il existe une zone opaque triangulaire contre le bord du cœur.

En O. A. D. la limite inférieure est nette, oblique en bas et en avant, suivant le trajet de la scissure inférieure. Enfant non revu.

OBSERVATION N° 8

B. Claude, 5 ans : aucun antécédent bacillaire, n'a pas eu de B. C. G. Enfant jumeau, de santé délicate. Toux chaque matin accompagnée de vomissements. A fait une broncho-pneumonie en 1933.

PREMIER EXAMEN : 3 février 1937. Sibilances bilatérales. Poids : 18,300.

Première cuti-réaction négative.

A la scopie : zone d'opacité de forme triangulaire contre le bord droit du cœur.

En O.A.D. la limite inférieure en est nette, oblique en bas et en avant, suivant le trajet scissural.

Enfant non revu.

OBSERVATION N° 9

M. Maud, 4 ans. Aucun antécédent bacillaire. Pas de B. C. G. Rougeole en 1934. En février 1935 : coqueluche Depuis toux persistante, ne grossit pas.

PREMIER EXAMEN : 2 juillet 1936. Poids 15,800.

Première cuti-réaction négative.

Quelques sibilances et ronchus à gauche *Normal à la scopie.*

Revu : 21 avril 1937. Poids 16,600.

Sibilances diffuses.

A droite : à la scopie : il existe une zone opaque contre le bord du cœur. Exagération des ombres du hile.

De face la limite supérieure est la plus nette.

En O.A.D. : la limite inférieure seule est nette : oblique en bas et en avant.

OBSERVATION N° 10

G. Michel, 5 ans : antécédents bacillaires, notion de contact familial : parents bien portants mais grand' mère paternelle tuberculeuse pulmonaire probable (hémoptysies fréquentes; contact de 4 mois en 1936). N'a pas eu de B.C.G.

PREMIER EXAMEN : 23 décembre 1936. Depuis deux mois et demi bronchites répétées. Toux fréquente.

Poids : 19.700.

Première cuti-réaction négative.

A la scopie : image de scissurite inférieure droite. Enfant non revu.

OBSERVATION N° 11

A. Denise, 8 ans : aucun antécédent bacillaire. Parents en bonne santé. 8 collatéraux bien portants, une sœur examinée ce jour au dispensaire. N'a pas eu de B.C.G. Rougeole, coqueluche en 1934. Depuis 6 mois maigrit, tousse et crache beaucoup surtout le matin.

PREMIER EXAMEN : 17 juillet 1935. Poids 20,300.

A la scopie : à droite : il existe une opacité en triangle contre le bord du cœur.

En O.A.D. Cette ombre se projette suivant une ligne oblique en bas et en avant.

A gauche : le sinus costo-diaphragmatique est mousse.

Première cuti-réaction négative.

Revu : 17 juillet 1937. Poids 24,800.

Deuxième cuti-réaction négative.

Revu : 28 septembre 1938. Poids 27 kilogs.

Troisième cuti-réaction négative.

Toux grasse durant toute l'année. Pas de signes stéthoscopiques.

A la scopie : forte accentuation des faisceaux vasculo-bronchiques péri-hilaires, surtout contre le bord droit du cœur.

A gauche : le diaphragme est flou.

Bronchectasie probable.

Troisième cuti-réaction négative.

L'enfant a onze ans et conserve une cuti-réaction négative.

OBSERVATION N° 12

L. Raymond, 7 ans. Antécédents bacillaires : mère bien portante actuellement : a fait une pleurésie en 1919. Grand'mère maternelle et plusieurs oncles et tantes côté maternel décédés de tuberculose pulmonaire. *Absence de contact familial.* Père bien portant.

PREMIER EXAMEN : 13 janvier 1937. Poids 25,300.

Première cuti-réaction négative.

Rhumes fréquents, touse souvent.

A la scopie : adénopathie trachéo-bronchique bilatérale.

Revu : le 28 avril 1937. Poids : 26,400.

Tousse toujours, sibilances diffuses à l'auscultation en arrière.

A la scopie : à droite : il existe une plage opaque contre le bord du cœur.

Le 5 octobre 1938 : à la scopie : grosse accentuation des ombres hilaires et vasculo-bronchiques dans les deux champs, sans lésions parenchymateuses visibles à l'examen radioscopique.

Deuxième cuti-réaction négative.

Poids : 30 kilogs.

Ce cas particulièrement intéressant semble bien montrer que l'infection de la scissure se fait en partant du hile.

OBSERVATION N° 13

G. Hubert, 5 ans : père décédé (suicide), mère bien portante, grand-père paternel décédé de tuberculose pulmonaire. Contact familial. N'a pas eu de B.C.G. Rougeole en 1934.

PREMIER EXAMEN : 4 novembre 1935. Tousse depuis 15 jours. Ronchus des deux côtés à l'auscultation.

Poids : 17,500.

Première cuti-réaction positive.

A la scopie, à droite : il existe une plage opaque contre le bord du cœur.

A gauche : ombres hilaires accentuées.

Revu : 2 décembre 1936. Poids : 19,200.

28 septembre 1938. Poids : 25,400.

Va bien, ne tousse plus, pas de signes stéthoscopiques.

A la scopie : image thoracique normale.

OBSERVATION N° 14

S. Bernard : 4 ans et demi. Antécédents bacillaires. Mère très suspecte de tuberculose pulmonaire : séjour à l'Hôpital Pasteur du Havre, Pavillon N (réservé aux tuberculeux pulmonaires), du 20 février 1935 au 20 avril 1935.

Une sœur en surveillance au dispensaire.

Contact intense. Chambre commune avec 5 enfants. A eu du B. C. G. Vient par mesure prophylac-

lique. A fait une bronchite en juillet 1934. Enfant chétif, toussant toujours, rougeole, coqueluche. Décès de la mère de tuberculose pulmonaire en janvier 1937.

PREMIER EXAMEN : 1^{er} mai 1935. Poids : 16 kilos.

Cuti-réaction *positive*.

Normal à la scopie.

Revu : le 6 novembre 1935. Poids : 17,300.

A la scopie : il existe une plage opaque contre le bord droit du cœur.

Revu le 27 décembre 1935. A la scopie : quelques faisceaux vasculo-bronchiques exagérés le long du bord droit du cœur. Les champs pulmonaires sont clairs. Poids : 17 kg. 900.

Revu : le 7 octobre 1936.

Poids : 18,800.

Le 20 janvier 1937 : poids 19,400.

Le 5 octobre 1938 : poids 22,600.

Normal à la scopie.

OBSERVATION N° 15

D. Yvette : 10 ans. Aucun antécédent bacillaire connu. Bronchites fréquentes.

PREMIER EXAMEN : 10 mars 1937. Poids : 22 kilogs.

Cuti-réaction *positive*.

A la scopie : il existe une plage opaque contre le bord droit du cœur.

Revu : le 12 mai 1937. Poids 21,500.

Sibilances diffuses à l'auscultation.

Le 7 juillet 1937 : poids 21,800.

Sibilances diffuses et râles humides à la base gauche.

Examen radiographique : il existe une plage diminuée de transparence contre le bord droit du cœur.

En O. A. D. : la limite inférieure en est nette suivant le trajet de la scissure inférieure.

Revu : le 6 octobre 1937. Poids. 22,700.

Le 29 décembre 1937. Poids : 22,500.

Le 16 février 1938. Poids 22,600.

A la scopie : à droite : grisaille de toute la région de l'angle cardio-phrénique, *le reste des champs est d'aspect normal.*

OBSERVATION N° 16

L. Louise, 39 ans. Antécédents bacillaires : grand-père décédé de tuberculose pulmonaire. Notion de contact familial. Il y a deux ans : crachats hémoptoïques.

PREMIER EXAMEN : 26 mars 1930. Filets de sang dans les crachats. Points douloureux du côté droit depuis 15 jours.

Poids : 47,100. Température : 37°2.

Signes cliniques : submatité à droite. Râles de bronchite.

A la scopie : le sommet droit s'éclaire mal.

Revu : 3 mars 1931.

7 septembre 1931.

A la scopie : accentuation des hiles et faisceaux

vasculo-bronchiques pouvant faire songer à une tuberculose pulmonaire fibreuse.

Séro-réaction de Vernes : 19.

Revu le 30 avril 1931.

Le 21 mars 1932.

Le 5 septembre 1932.

Le 17 novembre 1932.

Même aspect radioscopique.

Le 8 janvier 1934 à la *scopie* : les sommets s'éclaircissent à la toux. Il existe une bande opaque au niveau de la scissure inférieure droite.

Revu le 5 octobre 1936. Même aspect radioscopique.

Séro-réaction de Vernes pour la tuberculose : 22.

Pour la syphilis : = 0.

Revu : le 29 août 1938. *Radiographie*.

Poids : 46,600.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Les images radiologiques suspectes de tuberculose pulmonaire fibreuse ont fait place à une scissurite inférieure. Notons l'absence continuelle de bacilles de Koch dans les crachats.

OBSERVATION N° 17

C. Roger, 11 ans. Antécédents bacillaires. Parents séparés. Père ? Mère a été soignée pour tuberculose osseuse (coxalgie) de 6 à 16 ans. Grand-père paternel décédé de tuberculose pulmonaire. Notion de contact familial.

Il y a un mois : pleurésie à gauche.

PREMIER EXAMEN : 10 juin 1938. Poids : 30,700.

Signes cliniques : respiration rude au-dessous et en dedans du mamelon droit.

A la scopie : ombres hilaires accentuées des deux côtés. Petit triangle opaque contre le bord droit du cœur.

Les sinus costo-diaphragmatiques sont clairs.

La cuti-réaction est positive.

Revu : le 4 novembre 1938.

A la scopie, à droite : accentuation des faisceaux vasculo-bronchiques contre le bord du cœur.

Revu le 3 février 1937, le 7 juillet 1937, le 20 octobre 1937, le 3 août 1938.

Le poids est passé de 30,700 à 35,450.

Même aspect radioscopique.

L'enfant va bien.

OBSERVATION N° 18

T. André, 2 ans. Antécédents bacillaires. Père tuberculeux pulmonaire, suivi au dispensaire, avec bacilles de Koch dans les crachats. Mère et collatéraux examinés ce jour au dispensaire. N'a pas eu de B.C.G. Visite de prophylaxie. Enfant qui se porte bien.

PREMIER EXAMEN : 5 septembre 1938. Poids : 11,300.

Proposition de placement au préventorium.

Refus de la famille.

A la scopie : à droite : accentuation du hile.

Une petite bande diminuée de transparence dans la région de la petite scissure.

La cuti-réaction est positive.

Enfant non revu.

OBSERVATION N° 19

V. Marcel, 11 ans. Antécédents bacillaires. Mère décédée de tuberculose pulmonaire. Visite de prophylaxie.

PREMIER EXAMEN : 14 septembre 1938. Poids : 26,800.

Cuti-réaction : légèrement positive.

A la scopie : légère bande diminuée de transparence le long de la scissure inférieure droite.

Enfant non revu.

OBSERVATION N° 20

D. Evelyne, 9 ans. Antécédents bacillaires. Mère décédée de tuberculose pulmonaire. Contact de 14 mois.

PREMIER EXAMEN : 9 mai 1934. Poids : 20,450.

A la scopie, à droite : diminution de transparence de toute la région située contre le bord droit du cœur qui est difficile à discerner.

Cuti-réaction positive.

Revu le 18 juillet 1934. Poids : 21,700.

A la scopie : il persiste une légère accentuation des ombres du hile ainsi que des faisceaux vasculo-bronchiques le long du bord droit du cœur.

Revu le 30 juin 1937, le 12 janvier 1938, le 5 mars 1938.

Le poids est passé de 21,700 à 37,300.

Normal à la scopie.

Pas de signes stéthoscopiques.

OBSERVATION N° 21

L. Jean, 6 ans et demi. Aucun antécédent bacillaire connu. N'a pas eu de B. C. G.

PREMIER EXAMEN : 26 janvier 1938. Poids : 20,100.

Cuti-réaction légèrement positive.

A la scopie : il existe une plage opaque contre le bord droit du cœur. La limite supérieure en est nette suivant le trajet scissural.

Revu : le 14 octobre 1938. Poids : 23,300.

Pas de signes stéthoscopiques.

Cuti-réaction légèrement positive.

A la scopie : on retrouve à droite une petite bande opaque avec limite supérieure nette à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur.

OBSERVATION N° 22

A. Ernest, 2 ans et demi. Visite de prophylaxie. Antécédents bacillaires. Père décédé de tuberculose pulmonaire. Enfant qui n'a pas eu de B.C.G.

PREMIER EXAMEN : 19 juillet 1936. Poids : 10,300.
Normal en scopie.

Revu : le 30 septembre 1936. *Adénopathie trachéo-bronchique droite.* Poids : 10,700.

Le 17 mars 1937 : Adénopathie trachéo-bronchique à droite. Opacité de la partie interne du lobe inférieur. Poids : 12 kilogs.

Le 21 juillet 1937 : Même aspect radioscopique. Poids : 12,500.

ment signalée a disparu. Il persiste une accentuation des ombres hilaires et une diminution de l'incursion du diaphragme à droite dans sa partie interne.

Cuti-réaction légèrement positive.

Poids : 25,100.

Revu : le 30 mars 1938. Poids : 28,900.

Le 22 juin 1938. Poids : 29,700.

Le 19 octobre. Poids : 32,300.

Cuti-réaction positive.

A la scopie : à droite, légère diminution de transparence de l'angle cardio-phrénique. Le reste des champs est d'aspect normal.

OBSERVATION N° 25

C. André, 6 ans. Antécédents bacillaires. Mère décédée de tuberculose pulmonaire. Enfant qui a eu du B. C. G. Vient par mesure prophylactique. Quelques ganglions cervicaux..

PREMIER EXAMEN : 28 janvier 1935. Poids : 19,800.

Signes cliniques : base droite : matité, respiration diminuée, frottement à la partie moyenne.

À la scopie : plage opaque contre le bord droit du cœur.

Le sinus costo-diaphragmatique reste clair.

Proposé préventorium : y entre le 28 février 1935, en sort juin de la même année.

Cuti-réaction positive.

Revu : le 11 septembre 1935. Poids : 19,800.

Le 15 décembre 1937 : poids 13,800.

Cuti-réaction très positive.

A la scopie : Il existe une plage opaque contre le bord droit du cœur. Réaction hilare.

Revu : le 26 octobre 1938. Enfant qui se porte bien. Ne tousse pas, ne présente pas de signes stéthoscopiques.

A la scopie : l'image triangulaire persiste entre le bord droit du cœur. Le reste des champs est d'aspect normal.

Ce cas particulièrement intéressant d'adénopathie trachéo-bronchique ayant laissé comme séquelle une scissurite, semble bien montrer que l'infection de la scissure se fait en partant du hile (de même que dans l'observation n° 12).

OBSERVATION N° 24

L. Micheline, 8 ans. Antécédents bacillaires. Père décédé de tuberculose pulmonaire. Notion de contact familial.

PREMIER EXAMEN : 12 juillet 1933. Poids 12 kilogs. *Cuti-réaction négative. Normal à la scopie.*

Revu : le 28 juillet 1937. Poids : 23 kilogs.

Radiographie. A droite : il existe une zone opaque contre le bord du cœur.

En O. A. D. La limite inférieure en est nette, oblique en bas et en avant. Ombres hilaires exagérées des deux côtés.

Revu : le 22 septembre 1937. L'ombre précédem-

A la scopie : il persiste la même plage opaque à droite.

Revu : le 11 décembre 1935. Poids : 20,850. Même image à la scopie.

Le 9 mars 1938. Poids : 25,300. A la scopie : grisaille de l'angle cardio-phrénique. Diminution de l'incursion du diaphragme dans sa partie interne.

Le 28 septembre 1938. Poids : 25,600. Ne se plaint de rien, ne tousse pas. Ne présente pas de signes stéthoscopiques.

A la scopie : Même aspect précédemment signalé et rien de particulier à l'examen en O. A. D.

OBSERVATION N° 26

K. Jeannine, 7 ans. Aucun antécédent bacillaire connu. A eu du B. C. G.

PREMIER EXAMEN : 2 février 1938. Poids : 18,500.

Quelques sibilances à droite.

Radiographie.

Forte accentuation des ombres vasculo-bronchiques de part et d'autre de l'ombre cardiaque avec petites images à centre clair offrant l'aspect de bronchectasie. Sous une incidence légèrement oblique on note contre le bord étroit du cœur, une opacité triangulaire à limite supérieure et inférieure très nette.

La cuti-réaction est positive.

Revu : le 24 octobre 1938. Poids : 19,400.

Ne tousse pas, ne crache pas. Pas de signes stéthoscopiques.

Radiographie : forte accentuation des ombres vasculo-bronchiques de part et d'autre de l'ombre cardiaque. Opacité de la ligne scissuralé inférieure droite.

OBSERVATION N° 27

H. Lucie, 5 ans et demi. Aucun antécédent bacillaire connu. A eu du B. C. G. Rougeole en décembre 1937.

PREMIER EXAMEN : 2 février 1938. Poids : 14,800.

Cuti-réaction positive.

A la scopie : il existe une plage diminuée de transparence occupant la partie inférieure du champ droit.

En O. A. D. : la limite inférieure en est nette suivant le trajet scissural.

Revu : le 24 octobre 1938. *Radiographie* : à droite : il existe une plage grise sur la partie moyenne du champ. Les ombres vasculo-bronchiques sont exagérées dans l'angle cardio-phrénique et présentent sur leur trajet de petites images bulleuses offrant l'aspect de dilatations bronchiques.

OBSERVATION N° 28

D. André, 2 ans 1/2. Antécédents bacillaires. Mère tuberculeuse pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats, suivie au dispensaire. Contact familial.

Vient par précaution; érythème noueux en janvier 1937. Ne se plaint de rien actuellement.

PREMIER EXAMEN : 24 mars 1937. *Normal à la scopie.*
Cuti-réaction positive.

Revu : le 13 octobre 1937. Poids : 13,600.

A la scopie : plage opaque triangulaire contre le bord du cœur droit.

Revu : le 15 décembre 1937. Poids : 13,350. idem. en scopie.

Le 9 mars 1938. Poids : 13,800, idem en scopie. De profil la limite inférieure de l'ombre est nette, oblique en bas et en avant. L'enfant vient de faire une rougeole il y a trois semaines.

Le 27 avril 1938. Poids : 14,100.

A la scopie : à droite : exagération des faisceaux vasculo-bronchiques contre le bord du cœur. Pas de lésion parenchymateuse visible.

Le 6 juillet 1938. Poids : 13,650.

A la scopie : hiles chargés des deux côtés.

Le 28 septembre 1938. Poids 13,600.

Normal à la scopie.

OBSERVATION N° 29

G. Jean, 7 ans. Aucun antécédent bacillaire connu. Depuis un mois et demi touse et crache. Amaigrissement sensible depuis 7 mois. Rougeole et coqueluche.

PREMIER EXAMEN : 2 décembre 1936. Poids : 23,800.
Cuti-réaction légèrement positive.

Signes cliniques : quelques crépitations en dessous et en dedans du mamelon droit.

A la scopie : Opacité de la ligne scissurale entre le lobe moyen et inférieur.

Proposé préventorium..

Revu : 17 mars 1937. Poids : 25 kg.

5 octobre 1938. *Normal en scopie.*

OBSERVATION N° 30

T. Monique, 6 ans. Aucun antécédent bacillaire connu. N' a pas eu de B. C. G.

PREMIER EXAMEN : 6 mai 1936. Poids : 16,900.

Cuti-réaction positive.

A la scopie : Il existe une plage opaque dirigée transversalement contre le bord droit du cœur.

En O. A. D. : cette plage forme une bande oblique en bas et en avant suivant le trajet de la scissure inférieure.

Le reste des champs est d'aspect normal.

Signes cliniques : léger souffle tubaire en dessous du mamelon droit.

Revu : le 9 septembre 1936, idem en scopie.

Poids : 18 kg.

Rares crépitations au-dessus du mamelon droit.

Revu : le 25 novembre 1936. Poids : 19,900.

Idem en scopie.

Quelques crépitations en-dessous et en dedans du mamelon droit.

Proposé préventorium.

Le 21 mai 1938, le 3 août 1938, le 27 octobre 1938.

Le poids est passé de 19,900 à 25,400.

L'image thoracique est normale avec cuti-réaction positive.

OBSERVATION N° 31

A. André, 5 ans. Aucun antécédent bacillaire connu.

PREMIER EXAMEN : 28 septembre 1938. Poids : 13,600.

Cuti-réaction positive.

A la scopie : image de scissurite de la petite scissure droite.

Enfant non revu.

OBSERVATION N° 32

L. Gisèle, 24 ans.

PREMIER EXAMEN : 20 mai 1937. Poids : 45,850.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Hémoptysies répétées depuis 1931, surtout au moment des règles. Pas de crachats muco-purulents.

A la scopie : zone opaque triangulaire contre le bord droit du cœur. La partie interne du diaphragme a une incursion très diminuée.

Revu : 20 août 1937. *A la scopie* : il persiste une diminution de transparence sur une zone triangulaire contre le bord droit du cœur.

En O. A. D. : la limite inférieure en est nette oblique en bas et en avant.

9 décembre 1937 : idem en scopie.

Séro-réaction de VERNES pour la tuberculose = 18, pour la syphilis = 0.

27 octobre 1938 : à la scopie : zone triangulaire contre le bord droit du cœur. Diminution de l'incursion du diaphragme dans sa partie interne.

En O. A. D. : la zone ci-dessus forme une bande opaque, oblique en bas et en avant, traversant en écharpe l'espace médiastinal postérieur, et à la limite inférieure nette.

Le reste des champs est d'aspect normal.

Bronchectasie probable (Poids : 46,800).

CHAPITRE II

RAPPEL ANATOMIQUE ET TOPOGRAPHIQUE DES SCISSURES. LEURS ANOMALIES

Nous adopterons la définition de la scissurite donnée par MM. PÉHU et BROCHIER :

La scissurite est une inflammation plastique où adhérentielle, atteignant soit les lèvres seules, soit la totalité d'une scissure interlobaire, ce terme seul ne s'appliquant qu'à la forme sèche de l'affection.

C'est une pleurite sèche de l'interlobe, la plèvre réagissant à ce niveau comme elle le fait ailleurs quand elle est enflammée, par la formation d'un exsudat fibreux qui la recouvre comme d'une couenne plus ou moins épaisse et qui s'organise ensuite en tissu fibrineux, solidarissant les deux lèvres de l'interlobe.

La scissurite n'est pas une pleurésie interlobaire. Elle est habituellement sèche, et s'il y a épanchement, celui-ci reste très minime et n'est nullement comparable à celui de la pleurésie interlobaire proprement dite, pleurésie enkystée, qui atteint parfois un volume considérable. De plus la pleurésie interlobaire est presque toujours purulente; elle peut

être toutefois sereuse chez les tuberculeux (SABOURIN).

Le feuillet viscéral de la plèvre enveloppe étroitement le poumon et pénètre à l'intérieur du parenchyme qu'il découpe, en déterminant ainsi des fentes virtuelles, les scissures interlobaires, et les lobes pulmonaires qu'elles séparent.

Le poumon gauche présente deux lobes, séparés par un espace interlobaire qui est la scissure.

Cette scissure vue sur sa face externe, se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, elle est appelée scissure oblique.

Le poumon droit présente trois lobes :

lobe supérieur;

lobe moyen;

lobe inférieur;

séparés par deux scissures.

La scissure oblique, dirigée de haut en bas et d'arrière en avant sépare le lobe supérieur du lobe inférieur.

La scissure horizontale (ou petite scissure droite de d'Hour) : née un peu au-dessous de la naissance de la scissure oblique, par bifurcation de cette dernière, sépare le lobe supérieur du lobe moyen.

Chaque lobe pulmonaire est donc séparé de son voisin par un double feuillet sereux, et tous les deux glissent réciproquement l'un sur l'autre, comme le fait à l'état normal le poumon tout entier sur la paroi thoracique.

Cette scissure constitue un espace virtuel et la ca-

tivité séreuse envoie deux prolongements dans les scissures interlobaires, et ces prolongements s'étendent jusqu'au fond des scissures.

Comme toutes les séreuses cette plèvre scissurale présente avec le système lymphatique des affinités particulières qui expliquent la gravité redoutable de leurs inoculations septiques.

La plèvre scissurale adhère intimement au poumon grâce à une mince couche de tissu cellulaire, le tissu sous-pleural, qui se continue avec le tissu cellulaire du poumon. Ceci explique pourquoi les lésions pulmonaires ont presque toujours un retentissement plus ou moins prononcé sur la plèvre.

TOPOGRAPHIE

Il est d'un grand intérêt de connaître les rapports de la paroi thoracique avec les scissures interlobaires. Ces rapports sont indiqués par LUSCHKA (1857), puis par ROCHARD (1872), cités par TESTUT, diffèrent légèrement. Les anatomistes, en effet, se basant sur de nombreux cadavres, ont trouvé une diversité de cas assez grande. Toutefois nous donnons leurs résultats d'ensemble qui permettent, la plupart du temps, une approximation suffisante.

LA SCISSURE OBLIQUE GAUCHE commence en haut et en arrière au niveau de l'extrémité vertébrale de la quatrième côte, ou du troisième espace intercostal. pour se terminer au niveau de l'extrémité antérieure

de la sixième côte, à l'union de la côte et du cartilage. Sur la ligne axillaire, elle occupe à peu près la face interne du cinquième espace intercostal ou de la cinquième côte.

LA SCISSURE OBLIQUE DROITE un peu plus horizontale que la gauche, commence en haut et en arrière, au niveau de l'extrémité vertébrale de la troisième côte (LUSCHKA) ou de la quatrième (MERKEL) ou de la cinquième côte (ROCHARD). De là elle se termine à la face interne de la sixième côte, à cinq ou six centimètres de la ligne médiane. Elle est en rapport sur la ligne axillaire avec la cinquième côte.

LA SCISSURE HORIZONTALE DROITE (ou petite scissure droite) naît de la scissure oblique au niveau du quatrième espace intercostal. De là, elle se porte en avant, croise obliquement la face interne de la quatrième côte, et se termine à l'extrémité antérieure de la troisième côte.

Ces rapports s'entendent chez l'adulte.

Chez l'enfant cette description demeure vraie dans l'ensemble à ceci près que les limites inférieures se terminent à un niveau un peu plus élevé (POIRIER).

Ces données anatomiques sont d'ailleurs vérifiées par les examens radiologiques, obtenues en utilisant le procédé des feuilles d'étain (GARCIN, de Marseille), qui ont permis d'obtenir des résultats analogues à ceux que nous venons de décrire.

Mais nombreuses sont les anomalies : « Si l'on veut s'astreindre à examiner attentivement les scissures au cours des autopsies, écrit d'HOUR, on sera

rapidement convaincu de leur diversité, et l'on verra que chaque sujet a une topographie scissurale individuelle ».

Et à côté des variantes personnelles, il existe des anomalies lobaires, et partant scissurales, qui bouleversent profondément la disposition des poumons.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE - EVOLUTION

Il suffit de lire quelques-unes de nos observations pour se convaincre que l'affection ne possède aucun caractère clinique particulier.

Seule la radiologie en révélant l'atteinte scissurale, est capable d'apporter un élément de certitude.

A. — LES SIGNES FONCTIONNELS n'existent généralement pas.

Les douleurs thoraciques sont rarement exprimées, la dyspnée est nulle.

Certes, beaucoup de nos petits malades étaient des touseurs, mais aucun n'a présenté de signes attirant l'attention sur la scissure, en particulier de points de côtés scissuraux.

B. — L'ÉTUDE DES SIGNES GÉNÉRAUX est encore plus pauvre en renseignements.

Dans tous nos cas la *fièvre* est nulle, de même que l'*amaigrissement*. Tous nos petits malades ont régulièrement augmenté de poids, même ceux qui ont gardé leur scissurite.

C. — LES SIGNES PHYSIQUES ne sont pas plus caractéristiques; chez la plupart d'entre eux ils font défaut. L'inspection, la palpation, la percussion ne donnent aucun résultat, seule, l'*auscultation* nous a quelquefois fait percevoir des bruits adventices *très localisés, au-dessous et en dedans du mamelon droit* (observations 17, 29, 30).

Un seul de nos malades (observation 25) a présenté des signes en arrière.

C'est donc là que l'on doit chercher l'atteinte de la scissurite de la petite scissure. Ils consistent en crépitations extrêmement fines et serrées, comparables aux plus fins râles d'œdème. Ces crépitations sont uniquement inspiratoires. M. DUFOURT (de Lyon) a insisté sur cette *pleurite sous-mammaire*, déjà décrite par SABOURIN.

Conclusion. — L'étude clinique ne nous permet pas de relever un symptôme qui ait une valeur réelle pour le diagnostic de la scissurite de la petite scissure droite.

EVOLUTION

De même qu'elle ne peut être diagnostiquée que par la radiologie, la scissurite ne peut être suivie dans son évolution que par les rayons X.

Cliniquement, l'évolution est presque constamment favorable. Alors que deux de nos cas ont évolué vers une bronchectasie probable, nous avons pu assister à la disparition complète 14 fois sur 30 de l'image radiologique.

CHAPITRE IV

LES SIGNES RADIOLOGIQUES

Devant l'insuffisance de la clinique, à établir un diagnostic de scissurite, c'est à la radiologie qu'il faut recourir. L'exploration du thorax à l'aide des rayons X a grandement développé nos connaissances sur la pathologie des scissures. Nous insisterons donc sur le chapitre radiologique du sujet qui nous occupe. Comme l'a fort bien souligné M. d'Hour, dans son livre sur la radiologie des scissures pulmonaires, il faut insister sur l'importance de la *radioscopie*, dans le sujet que nous étudions, et, comme il le dit excellemment, *la radiographie doit être orientée par la radioscopie*.

I. — RAPPEL SUR LA RADIOLOGIE DES SCISSURES

LA PETITE SCISSURE HORIZONTALE DROITE est sinon horizontale, du moins très peu oblique. Aussi dans la position frontale antérieure que l'on fait prendre habituellement au malade pour le radioscopier, la

verrons-nous en épaisseur et un processus pathologique siégeant à son niveau ne nous échappera pas.

LES GRANDES SCISSURES, DROITE ET GAUCHE, au contraire sont très obliques, de haut en bas et d'arrière en avant. Aussi, dans cette position, les verra-t-on, non pas en épaisseur, mais presque sur leur plus grand développement.

Pour tourner la difficulté, il faut amener le rayon normal de l'ampoule dans la surface scissurale; grâce à cet artifice, on verra la scissure par sa tranche.

On peut y parvenir :

a) *En déplaçant l'ampoule*, suivant la technique de BECLERE.

Il conseille d'élever l'ampoule jusqu'au niveau des oreilles du malade, quand celui-ci fait face à l'écran, ou d'abaisser cette ampoule jusqu'au niveau du bassin, si le malade a le dos contre l'écran.

b) *En déplaçant le malade et en le mettant :*

1° En position oblique ou transverse.

La position oblique antérieure droite ou gauche, postérieure droite ou gauche, doit être employée, car elle peut donner des images d'aspect scissural que les autres positions ne donnent pas (d'HOURL).

2° En position lordotique (FLEISCHNER).

On fait pencher fortement le malade en arrière, tête et bras en hyper-extension, abdomen projeté en avant.

3° En position penchée en avant (WALGREN), combinée avec un mouvement de torsion du tronc, sur

le côté gauche ou le côté droit, suivant la scissure à examiner.

Ces diverses techniques, employées séparément, ne sont pas suffisantes, pour faire une bonne étude des lésions scissurales.

« Le diagnostic se fait non pas sur le film, mais à l'écran en déplaçant le tube, et en mettant le malade face à l'écran, en position oblique, dos à l'écran » (SERGENT).

Jusqu'à ces dernières années, il était admis que seules les scissures atteintes par un processus pathologique étaient décelables radiographiquement.

« A l'état normal, les scissures ne peuvent être perçues » (SERGENT).

Actuellement quelques auteurs (BRIDCZKA et WOLF, VELDE, CRECELIUS, d'Hour) soutiennent que même normales, les scissures peuvent être vues.

« Dans certains cas, les fines lignes capillaires, rencontrées sur les radiographies, ne sont que des aspects des scissures normales » (d'Hour).

La petite scissure horizontale est la plus visible dans les examens courants, les grandes scissures nécessitent l'usage des positions lordotique et transverse.

II. — DESCRIPTION DE L'IMAGE ETUDIEE DANS NOS CAS

Chez tous nos petits malades, nous avons constaté, à droite, une image scissurale triangulaire toujours

identique et sa stéréotypie même nous autorise à la considérer comme constituant un véritable syndrome radioscopique.

1° EN POSITION FRONTALE les trois bords de notre triangle se présentent ainsi :

a) *Le bord supérieur*, en est oblique de haut en bas, et de dedans en dehors.

b) *Le bord interne* ou base, est représenté par le bord droit du cœur.

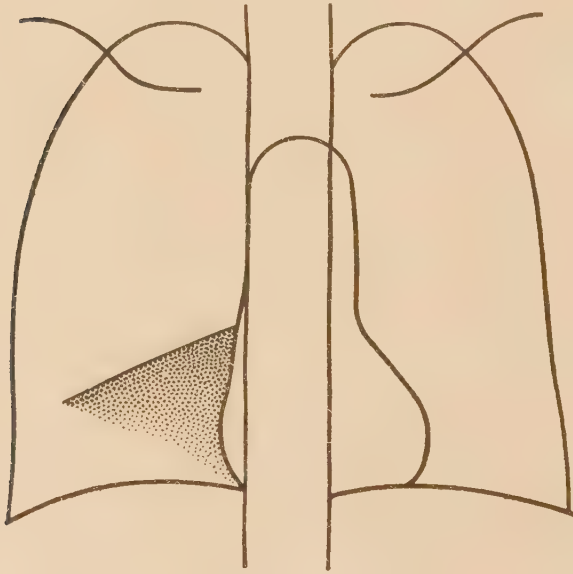


FIG. 1

c) *Le bord inférieur*, oblique également, de haut en bas et de dehors en dedans.

La pointe est placée plus ou moins près du bord externe du thorax suivant l'intensité de l'image.

L'image est dégradée de haut en bas : son intensité est maxima sous le bord supérieur qui est très net, visible sous la forme d'une image linéaire; elle va en diminuant vers le bord inférieur, qui est plus flou que le bord supérieur.

Notons que la zone sus-diaphragmatique reste claire.

2° EN POSITION OBLIQUE ANTÉRIEURE DROITE. — Alors qu'en frontale notre image affecte une ombre en plage à limite supérieure nette, en O. A. D., elle réalise une ombre en bande ou un triangle très aplati à sommet postérieur, croisant l'ombre vertébrale, l'espace clair de BECLÈRE, et l'ombre cardiaque.

Elle est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. La limite inférieure en est très nette. L'intensité maxima de l'ombre se trouve le long de la limite inférieure; elle va en décroissant vers la limite supérieure qui est plus imprécise, d'autant qu'elle se projette en partie sur l'ombre cardiaque.

Chez tous nos malades nous avons trouvé la même image, l'intensité et l'étendue du triangle seules variant.

Interprétation de cette image.

assez difficile,

pour les uns : petite scissure;

pour d'autres : lobité moyenne.

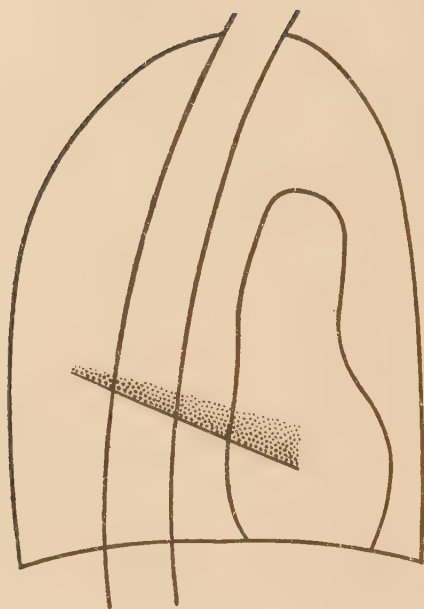


FIG 2

D'Hour, dans son livre « la Radiologie des scissures pulmonaires », dans le chapitre « Etude anato-mo-radiologique des scissures et des lobes opacifiés expérimentalement » indique le résultat de ses recherches concernant la petite scissure droite. Il écrit à ce propos (page 58) : « C'est la plus variable des scissures, ce fait est à retenir pour l'interprétation clinique. L'opacification obtenue ne correspond

donc qu'à un des multiples aspects que cette scissure peut revêtir. En position frontale verticale, elle se présente, en raison de son obliquité sous la forme d'un triangle isocèle, à base médiastinale. En élevant l'ampoule suivant la technique de BECLÈRE, l'on constate la diminution de ce triangle. Dans les positions oblique et transverse, l'on constatera plus facilement l'obliquité de ce plan scissural, la scissure se présentant dans cette position suivant une ligne ».

Pour notre part, nous estimons qu'elle représente une simple inflammation de la scissure, la part de réaction parenchymateuse étant pratiquement nulle.

Nous tirons nos arguments :

1° DE L'ASPECT DE L'IMAGE. — En particulier à l'examen en O. A. D. : même quand, de face, nous avons une ombre en plage, en O. A. D., *cette image se réduit à une bande de faible hauteur*. Nous pensons que l'aspect en plage sur l'image de face, est dû à l'obliquité de la scissure par rapport à l'incidence des rayons.

2° DES SIGNES CLINIQUES ET DE L'ÉVOLUTION.

L'absence habituelle de signes fonctionnels, de signes généraux, notamment de la fièvre, de signes physiques, que nous avons déjà signalés précédemment, l'évolution bénigne, même sans traitement, élimine suffisamment à nos yeux la lobite moyenne.

Notons enfin que dans tous nos cas :

a) Les sommets sont clairs;

b) Il n'y a pas de tache visible sur le reste des champs;

c) Aucun chancre d'inoculation visible.

La seule chose que nous avons parfois remarquée, dans quelques cas, en dehors de la scissurite proprement dite, a été une légère réaction hilaire droite.



Fig. 1



FIG. 1 *bis*



FIG. 2



FIG. 2 *b's*

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

I. — RAPPEL SUR LES SCISSURITES EN GENERAL

a) Les scissurites tuberculeuses.

Etudiées en 1912, par EISLER, chez l'enfant, les scissurites tuberculeuses ont été décrites antérieurement chez l'adulte. PÉHU et ses collaborateurs leur ont consacré des travaux, WEILL et DUFOUT, RIST et LEVÊQUE, RIBADEAU-DUMAS, COURTINE, ont également étudié la question.

Dans sa statistique de 52 scissurites PÉHU relève :

22 cas de pneumonie et broncho-pneumonie.

25 cas de bacillose.

5 cas indéterminés.

COURTINE estime que la bacillose est responsable de 80 % des cas. Lorsque l'étiologie tuberculeuse a été invoquée, le diagnostic était surtout fondé sur :

1° Le contexte clinique;

2° L'évolution de la maladie;

3° L'existence d'une cuti-réaction fortement positive.

De ces trois facteurs, l'évolution de la maladie, la persistance prolongée d'une ombre scissurale, et le contexte clinique, nous semble constituer des éléments importants du diagnostic.

b) Les scissurites non tuberculeuses.

Dans les 22 cas de scissurites non tuberculeuses de PÉHU, la *broncho-pneumonie* existait 13 fois. Cette affection est donc souvent accompagnée d'une inflammation de l'interlobe.

Dans la *pneumonie lobaire aiguë* on peut également observer l'image nette d'une scissurite; elle apparaît souvent à la fin de l'évolution pneumonique, quand le lobe hépatisé s'est éclairci. La scissurite persiste souvent après la régression de l'affection causale, puis elle s'efface à son tour. La disparition constatée au bout de six à huit semaines plaide en faveur de la *pneumonie lobaire aiguë* simple. Dans ces affections pulmonaires à évolution aiguë, l'intérêt des scissurites est minime. Elles constituent seulement un épiphénomène qui survit à l'affection causale.

Si, en règle générale, les affections pulmonaires aiguës et la tuberculose se partagent l'étiologie des scissurites, il nous faut cependant mentionner quelques autres conditions de production de ces dernières.

Tout d'abord la scissurite constitue parfois une séquelle de pleurésie séro-fibrineuse.

Toutes les lésions du médiastin, qu'il s'agisse de médiastinites syphilitiques ou tuberculeuses, ou de tumeurs malignes primitives ou secondaires, ou d'adénopathie trachéo-bronchique, peuvent s'accompagner de scissurite.

La dilatation des bronches chez l'enfant et chez l'adulte pourrait également donner naissance à des scissurites (d'Hour).

II. — RESULTAT DE L'ENQUETE ETIOLOGIQUE SUR NOS CAS

Si nous dépouillons maintenant nos observations nous constatons que :

a) L'AGE de nos petits malades varie entre deux et onze ans. La scissurite de la petite scissure droite est donc presque exclusivement une affection de la première et deuxième enfance. Notons cependant deux cas d'adultes.

b) Sur les CUTI-RÉACTIONS faites aux 30 enfants, nous avons eu 12 cuti-réactions négatives.

18 cuti-réactions positives.

Dans nos deux cas d'adulte, l'expectoration ne contenait pas de bacilles de Koch.

c) LA RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS BACILLAIRES ET DU CONTACT FAMILIAL montre que :

1° Chez les 12 enfants à cuti-réaction négative :

2 cas seulement à antécédents bacillaires familiaux nets (notion de contact).

10 cas sans aucun antécédent bacillaire.

2° Chez les 18 enfants à cuti-réaction positive :

11 cas à antécédents bacillaires familiaux nets.

7 cas sans aucun antécédent bacillaire.

d) En ce qui concerne le B. C. G. chez les enfants à cuti-réaction négative :

Un seul a eu du B. C. G.

11 n'ont pas eu de B. C. G.

Chez ceux à cuti-réaction positive :

5 inconnus

5 ont eu du B. C. G.

8 n'ont pas eu de B. C. G.

e) Parmi les FACTEURS ÉTIOLOGIQUES nous noterons :

1° Deux cas d'*adénopathie trachéo-bronchique* ayant laissé comme séquelle, une scissurite;

(Observation 12, enfant à cuti-réaction négative);

(Observation 22, enfant à cuti-réaction positive).

2° 3 cas de *bronchectasie* probable dont un cas chez l'adulte, malgré que nous n'ayons pu pratiquer une injection de lipiodol intra-bronchique.

(Observations 32, 27, 11).

3° En ce qui concerne les *affections pulmonaires aiguës* nous en relevons deux cas dans les antécédents *lointains* (Observations 2, 8) ainsi, que deux autres dans les antécédents *immédiats* (Observation 3 : pneumonie droite, observation 17 : pleurésie gauche, un mois avant leur examen).

Alors que l'antécédent pulmonaire *chronique* (bronchites répétées) se trouve chez plusieurs de nos enfants, l'antécédent pulmonaire aigu semble donc rare, enfin jamais nous n'avons constaté de pleurésie préalable, la scissurite de la petite scissure droite semble donc bien évoluer suivant le mode de la pleurite sèche. Enfin, relevons chez la plupart de nos petits malades les maladies de la première et deuxième enfance, et avec prédilection la coqueluche et la rougeole.

III. — DISCUSSION DU RÔLE DE LA TUBERCULOSE

La scissurite a, classiquement, une valeur pour le diagnostic de la tuberculose, si bien que, en pratique courante, toute scissurite qui n'a pas fait sa preuve est considérée comme tuberculeuse.

Cependant, sans chercher à minimiser sa valeur, nous sommes bien obligé de constater que dans nos 32 cas, la tuberculose peut être éliminée dans une très forte proportion, son rôle restant très douteux dans les autres.

1° En effet, les observations 1 à 12, nous permettent d'éliminer nettement l'étiologie tuberculeuse. Chez ces 12 malades :

a) La *cuti-réaction* est restée *négative* pendant toute la durée de l'évolution, signe de quasi-certitude de non tuberculose;

b) A l'exception de deux d'entre eux, ces enfants n'avaient d'ailleurs aucun antécédent bacillaire (absence de contact familial en particulier);

c) Enfin, chez trois d'entre eux *l'image thoracique est redevenue normale*, radioscopiquement parlant;

d) Chez tous, l'évolution *sans fièvre*, la progression du *poids*, *l'état général satisfaisant* plaident suffisamment en faveur d'une étiologie non tuberculeuse.

2° Chez nos 18 petits malades à *cuti-réaction positive*, la tuberculose était discutable certes, mais combien douteuse et non prouvée finalement d'ailleurs.

En sa faveur : notons comme éléments de présomption :

1° La cuti-réaction positive;

2° Les antécédents bacillaires et la notion de contact familial.

Contre elle :

1° *Aucune évolution vers une tuberculose pulmonaire ouverte*;

2° Aucun signe radiologique certain. Bien au contraire, 11 fois sur 18, l'image est redevenue normale à la scopie, l'enfant continuant à garder une cuti-réaction positive;

3° Absence de signes cliniques de tuberculose pulmonaire;

4° Evolution sans fièvre, reprise du poids, état général satisfaisant, malgré l'absence de tout traitement.

Pour conclure et venant confirmer nos faits, nous

tenons à citer un texte de PÉHU, car l'opinion de ce pédiâtre lyonnais, a une très grande valeur, eu égard aux nombreux travaux que cet auteur a consacrés à cette question : « Ce n'est pas une tâche aisée de rapporter la scissurite à sa vraie cause. Dans certains cas, le contexte clinique permet d'être catégorique. Dans d'autres cas, au contraire il est plus difficile de se prononcer même avec le contexte clinique. Chez certains malades l'on assiste à l'évolution d'une broncho-pneumonie à foyers multiples, les rayons X montrent une image de scissurite, mais comme d'autre part, avec elle, existe des ombres disséminées de valeur variable sous l'écran, l'idée d'un processus broncho-pulmonaire s'impose. Toutefois c'est à ce seul diagnostic qu'il faut s'arrêter. Il n'est pas permis d'aller plus loin sans s'aider de renseignements complémentaires tirés principalement des examens de laboratoires. Un foyer de broncho-pneumonie peut être allumé par la tuberculose ou par un microbe banal, et devant l'écran il faut être réservé. Présence de scissurite ne signifie pas tuberculose installée chez le malade ».

(PÉHU et BOUCOMONT (In *Journal de Médecine de Lyon*, 20 février 1932).

Enfin dans un travail récent présenté à la Société de médecine du nord, dans sa séance du 25 novembre 1938, y voyant une preuve du démantèlement progressif du diagnostic purement radiologique de la tuberculose chez l'enfant, A. BRETON et G. LEFÈVRE, insistent sur la fréquence des scissurites non tu-

berculeuses chez l'enfant, et sur la fréquence des images péri-hilaires pseudo-tuberculeuses. Ils estiment que ces images d'origine non tuberculeuse représentent environ 25 à 30 % des cas cliniques rencontrés en pédiatrie.

CONCLUSIONS

I. — Les 32 cas dont nous rapportons les observations concernent des malades présentant sur le champ pulmonaire droit une image radiologique dont la description peut être résumée ainsi :

a) *De face* : ombre en triangle isocèle dont la base répond au bord droit du cœur et dont la limite supérieure, oblique en bas et en dehors, est seule très nette.

b) En *O. A. D.* : ombre en bande oblique en bas et en avant et dans la limite inférieure est seule très nette.

Tous nos malades présentaient un aspect radiologique identique; seule l'étendue et l'intensité de l'image variait; nous sommes donc en présence d'un *syndrome radiologique* nettement individualisé. Ce syndrome a déjà été décrit au point de vue radiologique par de nombreux auteurs; nous nous sommes efforcé de préciser quels sont les signes cliniques qui l'accompagnent, quelle est son étiologie et sa valeur pour le dépistage de la tuberculose.

II. — Ce syndrome se rencontre presque exclusivement dans la première et la deuxième enfance.

III. — Il paraît attribuable à une *scissurite de la petite scissure droite*, sans participation parenchymateuse habituelle (en particulier il ne semble pas s'agir de lobite moyenne). Cette conception est basée sur l'analyse de l'image radiologique, sur la latence clinique habituelle et sur l'étude de l'évolution.

IV. — Au point de vue clinique, les symptômes fonctionnels et généraux sont généralement absents, les signes stéthoscopiques sont rares et, quand ils existent, ils s'observent dans une zone très localisée, située à la base droite en avant, au-dessous et en dedans du mamelon.

V. — *L'évolution est constamment favorable*, même en l'absence de traitement, réserve faite pour quelques cas ayant évolué vers une bronchectasie probable. Dans près de la moitié des cas nous avons assisté à une résorption complète de l'image radiologique.

VI. — *Dans la majorité des cas l'étiologie n'est pas tuberculeuse*; même lorsqu'il existait une cuti-réaction positive et des antécédents familiaux bacillaires, la preuve de la tuberculose n'a pu être faite dans nos cas; en particulier l'évolution vers une tuberculose ouverte n'a jamais été observée.

Vu :

LE DOYEN :

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

BAUDOIN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- COURTINE J. — Les scissurites dans l'Enfance, et leur diagnostic radiologique. (*Thèse de la Faculté de Médecine de Paris*, 1926).
- FAURE L. — Les scissurites tuberculeuses de l'Enfance. *Thèse pour le Doctorat en Médecine*, Faculté de Lyon, 1930-31, 1 vol. de 97 pages, chez Bosc et Riou, Lyon, 1930).
- PÉHU M. et Mlle MOURET. — La tuberculose latente des interlobes pulmonaires chez l'Enfant, son diagnostic radiologique. (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 30 juin 1914, in *Lyon Médical*, 19 juillet 1914, p. 2).
- PÉHU et DUFOURT A. — La tuberculose médicale de l'Enfance, (1 vol., chez Doin, Paris 1927).
- PÉHU et BROCHIER A. — Sur les scissurites tuberculeuses de l'Enfance. (*Paris Médical*, 18 février 1928).
- PÉHU et FAURE L. — Les aspects radiographiques et la valeur séméiologique des scissurites dans l'Enfance. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 13 janvier 1930).
- RIBADEAU-DUMAS. — La tuberculose pulmonaire, XVIII, t. 2 ; in *Traité de Sergent*.
- La tuberculose pulmonaire du Nourrisson, 1 vol., avec 64 radiographies, chez Doin, Paris, 1930.
- WEILL E. et DUFOURT A. — Sur quelques points de Radiologie concernant les affections pleuro-pulmonaires de l'Enfance. (*Journal de Radiologie*, n° 1, janvier 1922, p. I-II).

BILLARD J. — Contribution à l'étude de la visibilité des scissures pulmonaires et leur valeur séméiologique. (*Thèse de Paris*, Jouve, 1934).

P. BUFFE. — Scissures interlobaires et scissurites. (*Arch. Méd. Chir. de l'app. resp.*, 8 : 223.241, 1933).

DUHEM, SEGUIN et LEMAIRE. — Aspect radiologique des réactions de la grande scissure oblique du poumon. (*Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 1925, XXIII, 626).

D'HOUE. — La radiologie des scissures pulmonaires. (Doin, éditeur, Paris, 1933).

PÉHU et BOUCOMONT. — *Journal Méd. de Lyon*, année 1932, p. 111-116. Les scissurites de l'enfance.

— Etude radiologique des scissurites chez l'enfant (*Revue Française de Pédiatrie*, tome 8, 1932, page 342).

